Ueber Enterostomie im Gefolge von paralytischen Jleus und Peritonitis.

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie, und Geburtshilfe

der

Hohen medizinischen Fakultät der Universität Marburg

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

vorgelegt von

August Schulte

approb. Arzt aus Drasenbeck.

Marburg 1921

Buchdruckerei Hch. Kilber Nachf.

Angenommen: 3. 8. 21.

Referent: Prof. Dr. Läwen.

Auf dem Chirurgenkongress im Jahre 1902 hielt Heidenhain seinen grundlegenden Vortrag über die Enterostomie. Aus der Erwägung heraus, daß örtliche Darmparese als mechanisches Hindernis wirkt, gab er zum ersten Mal genauere Indikationen. Er fand schnell großen Beifall, aber auch ablehnende Stimmen meldeten sich bald, und eine Einigung über den Wert der Enterostomie ist auch heute noch nicht erzielt. Heidenhain vertrat hauptsächlich die sekundäre Enterostomie, die auch heute noch am meisten angewandt wird. Das Hauptanwendungsgebiet bildet die umschriebene Darmlähmung; aber auch bei weiter fortgeschrittener Peritonitis kann man noch Erfolge erzielen, und Walzberg z. B. enterostomiert selbst im Endstadium der diffusen Bauchfellentzündung zur Stillung des Erbrechens.

Die Verfechter der primären Enterostomie sagen, daß die Orientierung hier leichter ist, daß die Nähte besser halten und überhaupt der Erfolg viel sicherer ist. Eine Mittelstellung bildet das Vorgehen von Karewski nach dem Vorschlage von Kocher; der bei der ersten Operation vorgelagerte Darm wird sekundär nach Bedarf eröffnet.

Die Gegner der Enterostomie halten die einmalige Entleerung oder Punktion des Darmes für ausreichend; andere lehnen auch dies ab und begnügen sich mit den üblichen therapeutischen Maßnahmen.

(Hier folgen die Krankengeschichten von 2 Fällen von Wurmfortsatzperitonitiden aus der Marburger Chirurigischen Klinik.)

Aus alledem ergeben sich folgende Indikationen für die Enterostomie:

1. Beim zirkumskripten paralytischen Ileus ist die Wirkung sicher.

2. Im fortgeschrittenen Stadium der Peritonitis kann die Enterostomie noch lebensrettend wirken, wenn die Paralyse im Vordergrunde der Erscheinungen steht.

3. Eine Darmfistel kann zugleich mit einer größeren Unterleibsoperation angelegt werden, wenn infolge stark geblähter Darmschlingen Uebersicht und arbeiten erschwert sind, oder prophylaktisch, wenn spätere Darmparese zu fürchten ist.

4. Provisorisch, wenn der Zustand der Kranken einen größern Eingriff nicht gestattet.

5. Bei diffuser eitriger Peritonitis zur Stillung des Erbrechens und Linderung der Schmerzen.

Wann soll die Enterostomie gemacht werden:

1. Findet man bei der Operation sehr stark geblähte Darmschlingen, oder zeigt sich der Darm sonstwie stark geschädigt, sodaß eine Ruhigstellung erforderlich erscheint, ist die primäre Enterostomie anzuraten.

2. Ist es zweifelhaft ob sich der Darm erholen wird, kann man, sofern man nicht prophylaktisch die primäre Enterostomie machen will, den Darm in die Wunde einnähen, um evtl. später zu eröffnen. Doch dürfte sich mit der sekundären Enterostomie dasselbe erreichen lassen.

3. Mit der sekundären Enterostomie warte man nicht zu lange, sondern operiere, sobald der stärker werdende Meteorismus sich durch andere Mittel nicht mehr

bekämpfen läßt, außerdem sofort bei sichtbaren Darmsteifungen oberhalb der gelähmten Stelle. Auch bei weiter ausgebreiteter Peritonitis kann man noch enterostomieren.

Wo soll die Enterostomie gemacht werden?

Nicht das ist von Wichtigkeit, an welcher Stelle man den Bauch eröffnet, sondern daß man eine Darmschlinge im Bereiche der Lähmung oder knapp oberhalb, niemals unterhalb, trifft. Bei richtiger Technik sind selbst hohe Jejunumfisteln ungefährlich.

Ueber die Technik der Enterostomie.

Einfach und sauber ist die Punktion mittelst Troicart, der liegen bleibt. Ebenfalls sehr zweckmäßig ist das Paul-Mixtersche Rohr. Als Idealverfahren aber muß die Schrägfistel nach Witzel gelten, die nur bei brüchiger Darmwand durch ein einfacheres Verfahren ersetzt werden sollte, weil dann erfahrungsgemäß die Nähte leicht durchschneiden. Hofmeister empfiehlt die von ihm erfundene Spicknadelmethode. Melken nach Dahlgren und Punktion, besonders durch die Bauchdecken, sind zu verwerfen.

Von den vielfachen Vorwürfen die gegen die Enterostomie gemacht werden, seien erwähnt:

1. Die Fistel ist schwer zu schließen und kann zum anus praeternaturalis werden. Dazu ist zu sagen, daß sich jede Fistel durch sekundäre Operation schließen läßt. Schrägfisteln nach Witzel schließen sich fast immer spontan.

2. Es können später Abknickungen und Stenosen entstehen. Dies Ereigniss tritt aber sicherlich nicht häufiger auf als nach jeder andern Operation an den Baucheingeweiden.

3. Inanitionsgefahr, besonders bei hoher Dünndarmfistel. Bei technisch richtig angelegter Schrägfistel ist die Inanitionsgefahr ausgeschlossen. Dagegen kann es

bei längerer Zeit stark fließenden Fisteln zu großem Wasserverlust kommen, dem durch baldigen Verschluss der Fistel vorzubeugen ist.

4. Die Nähte halten nicht und durch austretenden Darminhalt kommt es zu Sekundärinfektionen. Bei noch gesunder Darmwand halten die Nähte gut; nur bei weiter fortgeschrittener Schädigung hat man manchmal Schwierigkeiten. Aber Infizierung der Bauchhöhle lässt sich auch dann vermeiden. Bauchdeckenphlegmonen sind verhältmässig selten.

5. Die Fistel funktioniert nicht, wegen weiterer Hindernisse oberhalb, oder weil die geblähte Schlinge die benachbarten abknickt. Im ersten Fall muß man eine zweite Fistel weiter oben anlegen; im zweiten hebt die Entleerung der geblähten Schlinge am allerbesten das Hindernis.

6. Decubitus der Darmwand kommt so gut wie nicht vor. Enteritis ist ungefährlich und durch Alkali geben zu bekämpfen.

Als Schlussfolgerung ergibt sich, daß die Enterostomie großen Nutzen stiften kann.